

клинических рекомендациях, где отмечается необходимость перехода от бесконечного поиска инфекционных агентов к концепции хронического болевого синдрома [3, 4].

2. Эволюция терминологии и классификация

Исторически номенклатура вульварной боли претерпела значительные изменения, отражающие углубление понимания этиологии процесса. Термины «вульварный вульвит» (предполагавший исключительно воспалительную природу) и «дизэстетическая вульводиния» (указывавший на психогенный или неясный характер) были признаны устаревшими.

В 2015 году Международное общество по изучению заболеваний вульвы и влагалища (ISSVD), Международное общество по изучению сексуального здоровья женщин (ISSWSH) и Международное общество по тазовой боли (IPPS) приняли новую консенсусную классификацию, которая стала «золотым стандартом» для клинической практики и научных исследований [5].

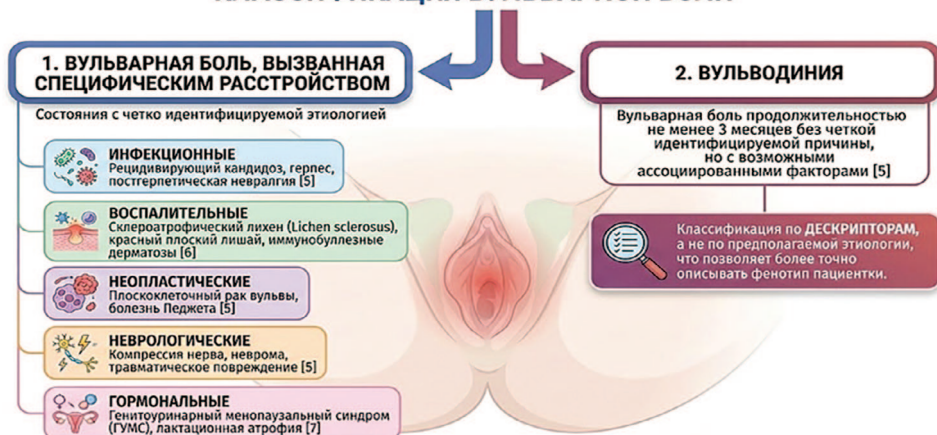
2.1. Консенсусная классификация вульварной боли 2015 г.

Согласно данной классификации, вся вульварная боль делится на две принципиальные категории (рис. 1):

1. Вульварная боль, вызванная специфическим расстройством. В эту группу входят состояния с четко идентифицируемой этиологией.

- **Инфекционные:** рецидивирующий кандидоз, герпес, постгерпетическая невралгия [5].
- **Воспалительные:** склероатрофический лихен (*Lichen sclerosus*), красный плоский лишай, иммунобуллезные дерматозы [6].
- **Неопластические:** плоскоклеточный рак вульвы, болезнь Педжета [5].
- **Неврологические:** компрессия нерва, неврома, травматическое повреждение [5].
- **Гормональные:** генитоуринарный менопаузальный синдром (ГУМС), лактационная атрофия [7]. ■

КЛАССИФИКАЦИЯ ВУЛЬВАРНОЙ БОЛИ



2. Вульводина. Определяется как вульварная боль продолжительностью не менее 3 месяцев без четкой идентифицируемой причины, но с возможными ассоциированными факторами [5]. Вульводина классифицируется по де-

Таблица 1. Классификация вульводинии по дескрипторам (ISSVD 2015)

Дескриптор	Характеристика	Клиническое значение
Локализация	Локализованная: боль ограничена определенной зоной (чаще всего преддверием – вестибулодиния, реже клитором – клитородиния). Генерализованная: боль во всей области вульвы. Смешанная.	Локализованная форма часто связана с нейропролиферацией и лучше отвечает на топическую терапию или хирургию. Генерализованная чаще имеет центральные механизмы.
Провокация	Спровоцированная: возникает только при контакте (половой акт, тампон, тесная одежда, гинекологический осмотр). Спонтанная: возникает без физического триггера (постоянный фон). Смешанная.	Спровоцированная вестибулодиния (PVD) – самый частый подтип у молодых женщин. Спонтанная боль требует исключения невропатий.
Характер начала	Первичная: боль присутствует с первого эпизода контакта (первый тампон, первое коитальное проникновение). Вторичная: появилась после периода безболезненной жизни.	Первичная форма может указывать на генетические или врожденные факторы нейропролиферации.
Временной паттерн	Интермиттирующая, постоянная, немедленная или отсроченная.	Помогает в дифференциальной диагностике с циклическими болями.



скрипторам, а не по предполагаемой этиологии, что позволяет более точно описывать фенотип пациентки.

3. Этиопатогенез: мультифакторная модель

Вульводиния больше не рассматривается как локальное заболевание. Современная наука описывает её как сложный нейро-иммуно-эндокринный синдром, где локальные изменения запускают каскад реакций, приводящих к хронизации боли.

3.1. Нейропролиферация и периферическая сенситизация

Ключевым механизмом, особенно при спровоцированной вестибулодинии (PVD), является феномен нейропролиферации – патологического разрастания нервных волокон в эпителии преддверия влагалища. Исследования с использованием маркера PGP 9.5 (Protein Gene Product 9.5), который является пан-аксональным маркером, демонстрируют, что у женщин с вестибулодинией плотность интраэпителиальных нервных окончаний может превышать норму в 10 раз [8]. Эти нервные волокна являются ноцицепторами (С-волокна), обладающими повышенной экспрессией ванилоидных рецепторов (TRPV1), чувствительных к механическому давлению и химическим раздражителям.

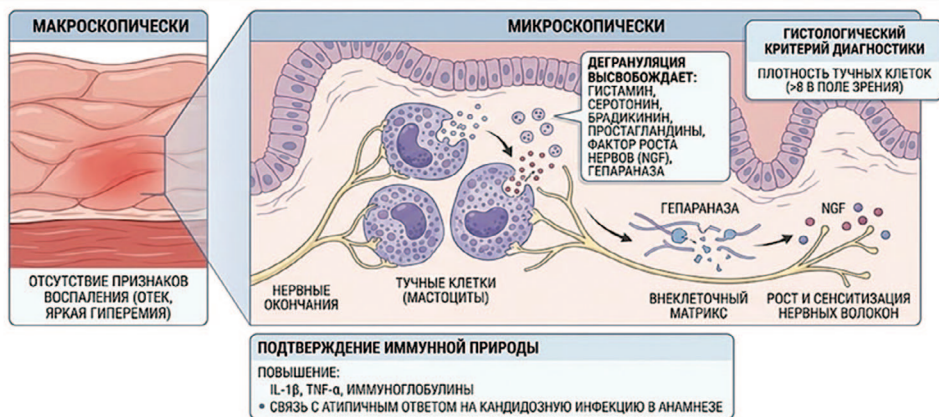
В результате формируется периферическая сенситизация: порог активации болевых рецепторов снижается, и нормальные тактильные стимулы (прикосновение белья, введение тампона) воспринимаются как остро болезненные (аллодиния). При врожденной нейропролиферативной вестибулодинии предполагается дефект развития мочепоолового синуса или генетическая предрасположенность к нарушению регуляции фактора роста нервов (NGF) [9, 10, 11].

3.2. Роль воспаления и иммунной дисрегуляции

Несмотря на отсутствие макроскопических признаков воспаления (отек, яркая гиперемия), на микроскопическом уровне обнаруживается хронический воспалительный процесс [9]. Гистологические исследования выявляют ■

инфильтрацию слизистой оболочки тучными клетками (мастоцитами), которые локализуются в непосредственной близости от нервных окончаний [12]. Дегрануляция тучных клеток приводит к высвобождению «коктейля» медиаторов: гистамина, серотонина, брадикинина, простагландинов и, что критически важно, фактора роста нервов (NGF) и гепараназы (рис. 2).

ПАТОГЕНЕЗ: ХРОНИЧЕСКОЕ ВОСПАЛЕНИЕ НА МИКРОСКОПИЧЕСКОМ УРОВНЕ



Гепараназа разрушает внеклеточный матрикс, облегчая прорастание нервных волокон, а NGF стимулирует их дальнейший рост и сенситизацию. Некоторые авторы предлагают использовать плотность тучных клеток (>8 в поле зрения) как гистологический критерий диагностики [12]. Также отмечается локальное повышение уровня провоспалительных цитокинов (IL-1 β , TNF- α) и иммуноглобулинов, что подтверждает гипотезу об иммунной природе заболевания, возможно, связанной с атипичным ответом на кандидозную инфекцию в анамнезе [12].

3.3. Гормонально-обусловленная вестибулодиния

Отдельный фенотип вульводинии связан с гормональными изменениями. Ткани преддверия влагалища и уретры имеют эмбриологическое родство и богаты рецепторами к эстрогенам и андрогенам. Андрогенные рецепторы локализуются в муцинозных железах преддверия.

Применение комбинированных оральных контрацептивов (КОК) является доказанным фактором риска развития вторичной вестibuлодинии у генетически предрасположенных женщин [13]. Механизм заключается в следующем: КОК подавляют выработку яичниковых андрогенов и стимулируют синтез глобулина, связывающего половые гормоны (ГСПГ, SHBG) в печени. Это приводит к резкому снижению уровня свободного, биодоступного тестостерона. Дефицит тестостерона вызывает атрофию муцинозных желез вестibuлярного эпителия, истончение слизистой и снижение болевого порога [14]. Клинически это проявляется сухостью и диффузным покраснением устьев вестibuлярных желез.

3.4. Центральная сенситизация и коморбидность

Длительная бомбардировка ЦНС болевыми импульсами с периферии приводит к функциональным изменениям в спинном и головном мозге – центральной сенситизации. Нейроны задних рогов спинного мозга становятся гипервозбудимыми, а нисходящие ингибирующие пути подавления боли ослабевают [15].

Функциональная МРТ (фМРТ) у пациенток с вульводинией показывает повышенную активацию соматосенсорной коры, островка и передней поясной извилины в ответ на слабое давление на вульву, что характерно для состояний «ноципластической боли» [16]. Это объясняет высокую частоту коморбидных состояний: до 50-80% женщин с вульводинией страдают от синдрома болезненного мочевого пузыря (интерстициальный цистит), синдрома раздраженного кишечника (СРК), фибромиалгии и дисфункции височно-нижнечелюстного сустава [16]. Психосоциальные факторы (тревога, депрессия, катастрофизация боли) усугубляют этот процесс, создавая замкнутый круг [4].

4. Диагностический поиск: алгоритм и дифференциальная диагностика

Диагностика вульводинии – это процесс исключения других патологий в сочетании с подтверждением характерных признаков. ■

4.1. Клинический алгоритм

1. Анамнез и выявление «красных флагов». Сбор информации о характере боли, провоцирующих факторах, истории инфекций, приеме КОК, травмах спины или таза. Важно оценить психосоциальный статус и сексуальную функцию.

2. Осмотр вульвы. Исключение дерматозов (склероатрофический лишай, красный плоский лишай). При склероатрофическом лихене характерны «белые пятна», атрофия, слияние малых половых губ, экхимозы [17]. При необходимости выполняется вульвоскопия и биопсия.

3. Картирование боли (Q-tip тест). Является краеугольным камнем диагностики. Врач использует ватный тампон для легкого касания различных участков преддверия влагалища (по схеме «циферблата»: 1, 3, 5, 6, 7, 9, 11 часов). Пациентка оценивает боль по визуально-аналоговой шкале (ВАШ). Тест позволяет:

- дифференцировать локализованную вестибулодинию от генерализованной (когда болит вся вульва);
- определить карту боли: при нейропролиферативной форме часто болезненна вся задняя полуокружность (от 3 до 9 часов), при гормональной – все преддверие [1, 2].

4. Оценка мышц тазового дна. Пальцевое исследование через влагалище для выявления гипертонуса (спазма) мышц леваторов (levator ani), obturatorов и наличия триггерных точек. Миофасциальный болевой синдром тазового дна часто сопутствует вульводинии (вторичный вагинизм) или имитирует ее [17].

5. Лабораторные тесты. pH-метрия влагалищного содержимого и микроскопия (нативный мазок) обязательны для исключения цитолитического вагиноза (избыток лактобацилл, низкий pH, цитолиз), который также вызывает жжение, и аэробного вагинита/кандидоза [17].

4.2. Дифференциальная диагностика с пудендальной невралгией

Одной из самых сложных задач является различие вульводинии и пудендальной невралгии (невропатии срамного нерва), так как эти состояния могут сосуществовать. Для пудендальной невралгии используются Нантские критерии (Nantes criteria), которые имеют ключевые отличия от вульводинии [18]:

Таблица 2. Дифференциальная диагностика: вульводиния vs. пудендальная невралгия

Критерий	Вульводиния (Вестибулодиния)	Пудендальная невралгия
Характер боли	Жжение, резь, ощущение открытой раны.	Электрический ток, прострелы, онемение, ощущение инородного тела («мяч для гольфа») в прямой кишке или влагалище.
Локализация	Преддверие влагалища, клитор (локально).	Зона иннервации срамного нерва (клитор, анус, промежность), часто иррадирует в ягодицу.
Провоцирующий фактор	Прикосновение (половой акт, тампон, тесная одежда). Боль при Q-tip тесте.	Сидение. Боль усиливается в положении сидя и исчезает/уменьшается стоя или лежа (симптом «сидения на унитазе» – боль проходит, так как нет давления на сиделичные бугры).
Суточный ритм	Может быть постоянной или возникать только при контакте.	Обычно отсутствует утром, нарастает к вечеру.
Чувствительность	Аллодиния (боль от касания).	Может быть гипестезия (снижение чувствительности) или гипералгезия.

5. Терапевтические подходы: стратегия мультимодального воздействия

Лечение вульводинии требует индивидуального подхода, основанного на выявленном фенотипе (гормональный, нейропролиферативный, мышечный). Монотерапия редко бывает успешной.

5.1. Немедикаментозная терапия и модификация образа жизни

Рекомендации первой линии (уровень доказательности В) включают отказ от использования мыла и гелей для интимной гигиены, ношение хлопкового ■

белья, исключение ежедневных прокладок и использование эмоленгов (нейтральных увлажняющих средств) для защиты слизистой [6].

Физиотерапия тазового дна является методом выбора при наличии мышечного компонента (гипертонус). Метаанализы и систематические обзоры подтверждают высокую эффективность (60–80%) таких методов, как:

1. Миофасциальный релиз (ручные техники расслабления мышц).
2. Биологическая обратная связь (БОС) для обучения произвольному расслаблению леваторов.
3. Использование вагинальных дилататоров для десенситизации [19].

Исследование Morin et al. (2021) показало, что мультимодальная физиотерапия значительно превосходит плацебо (лидокаин) в улучшении сексуальной функции и снижении боли [20].

5.2. Фармакотерапия

5.2.1. Топические средства:

1. Лидокаин (5% мазь/гель). Используется как симптоматическое средство перед половым актом (за 20-30 мин) или курсом на ночь для десенситизации («down-regulation» нервных окончаний). Систематические обзоры показывают смешанные результаты по сравнению с плацебо, но многие эксперты рекомендуют его как безопасный старт терапии [21].

2. Гормональные кремы. При гормонально-обусловленной вестибулодинии (особенно на фоне КОК) применение комбинированного крема Эстрадиол 0,03% + Тестостерон 0,1% на область преддверия показывает высокую эффективность. Исследования Goldstein et al. демонстрируют нормализацию уровня свободного тестостерона и регресс боли после отмены КОК и локальной терапии [13].



3. Капсаицин. Применение крема с капсаицином направлено на истощение запасов субстанции P в нервных окончаниях. Однако, несмотря на теоретическую обоснованность, клиническое применение ограничено из-за выраженного жжения в первые дни лечения, что приводит к отказу от терапии у многих пациенток [22].

4. Топические антиконвульсанты. Кремы с габапентином (2-6%) или амитриптилином (2%) показывают эффективность в открытых исследованиях, снижая боль без системных побочных эффектов (сонливости), характерных для пероральных форм [23].

5.2.2. Системная терапия:

1. Трициклические антидепрессанты (ТЦА). Амитриптилин (10–75 мг на ночь) долгое время считался «золотым стандартом». Однако последние рандомизированные контролируемые исследования (РКИ) и систематические обзоры (например, обзор Cochrane) показали, что при локализованной вестибулодинии эффективность ТЦА не превышает эффективность плацебо [24]. Тем не менее, они остаются препаратами выбора при генерализованной вульводинии и наличии коморбидных болевых синдромов.

2. Габапентиноиды. Габапентин и прегабалин широко используются для лечения нейропатической боли. При вульводинии данные противоречивы: в одном крупном РКИ габапентин не показал превосходства над плацебо в снижении боли при тампон-тесте, но улучшил показатели сексуальной функции [25].

5.3. Инвазивные и хирургические методы

5.3.1. Ботулинотерапия

Инъекции ботулотоксина типа А (Botox, Dysport) в мышцы тазового дна (levatorы) эффективны при вульводинии, осложненной вагинизмом и гипертонусом. Метаанализы 2024 года демонстрируют высокую эффективность ■

(более 80% успеха) при сочетании с физиотерапией [26]. Введение токсина непосредственно в слизистую преддверия (для блокировки выделения медиаторов боли) показывает менее убедительные результаты по сравнению с плацебо [27, 28].

5.3.2. Вестибулэктомия

При локализованной спровоцированной вестибулодинии (нейропролиферативный фенотип), резистентной к консервативной терапии, методом выбора является модифицированная задняя вестибулэктомия. Операция заключается в удалении болезненной слизистой преддверия (с гиперплазированными нервами) и укрытии дефекта лоскутом влагалища (перинеопластика). Систематические обзоры подтверждают высокую эффективность метода: 80–90% пациенток отмечают значительное облегчение или полное исчезновение боли и восстанавливают возможность половой жизни [29]. Критически важен отбор пациентов: операция эффективна только при локализованной боли в преддверии и не помогает при генерализованной вульводинии.

5.4. Новые и экспериментальные методы

1. Лазерная терапия (CO₂). Фракционный CO₂ лазер широко применяется для лечения атрофии (ГУМС) с хорошими результатами [30]. Однако его применение при вульводинии остается спорным. Существуют данные об улучшении симптомов, но отсутствие качественных РКИ и риск термического повреждения нервных окончаний не позволяют включить этот метод в рутинные рекомендации как стандарт лечения [31].

2. ТЭНС (TENS). Чрескожная электронейростимуляция показывает перспективные результаты в снижении боли и диспарунии, являясь безопасным дополнением к основной терапии [32].

6. Российские клинические рекомендации и практика

В Российской Федерации подходы к диагностике и лечению вульводинии активно эволюционируют, интегрируя международный опыт. Отечественные экс-

перты (М.Н. Шаров и соавт.) акцентируют внимание на биопсихосоциальной модели боли [4].

Особенности российского подхода:

1. Акцент на физиотерапию. В РФ традиционно сильна школа физиотерапии, и методы магнитной стимуляции, лазеротерапии и электрофореза применяются шире, чем в западных протоколах.

2. Мультидисциплинарность. Рекомендации подчеркивают необходимость участия неврологов и психотерапевтов. Для лечения нейропатической боли активно используются габапентиноиды и витамины группы В в высоких дозах.

3. Интервенционные методы. В специализированных центрах боли применяются блокады пудендального нерва под контролем УЗИ и введение препаратов гиалуроновой кислоты в преддверие влагалища для увлажнения и защиты рецепторов.

7. Выводы

Вульводиния представляет собой гетерогенную группу расстройств, требующую отказа от шаблонного мышления. Современная наука доказала органическую природу заболевания, связанную с нейропролиферацией, иммунным воспалением и гормональными дефицитами.

Ключевые выводы для практикующего врача:

1. Вульводиния ставится только после исключения инфекций и дерматозов.
2. Лечение должно быть направлено на механизм (гормоны – при гормональной форме, хирургия/анестетики – при нейропролиферативной, физиотерапия – при мышечной).
3. Метод требует дальнейшего изучения для данной нозологии.
4. Вестибулэктомия – не крайняя мера отчаяния, а эффективный метод лечения при правильных показаниях. ■

Перспективы диагностического поиска связаны с внедрением иммуногистохимических маркеров (PGP 9.5) и генетического скрининга в клиническую практику для персонализации терапии. ■

Материал подготовлен Шадеркиной Викторией Анатольевной,
CEO Uroweb.ru

Литература

1. Lountzi AZ, Abhyankar P, Durand H. A scoping review of vulvodynia research: Diagnosis, treatment, and care experiences. *Womens Health (Lond)*. 2025 Jan-Dec;21:17455057251345946. <https://doi.org/10.1177/17455057251345946>.
2. EAU Guidelines on Chronic Pelvic Pain – Introduction, accessed on December 24, 2025, <https://uroweb.org/guidelines/chronic-pelvic-pain>.
3. Vasileva P, Strashilov SA, Yordanov AD. Aetiology, diagnosis, and clinical management of vulvodynia. *Prz Menopauzalny*. 2020 Mar;19(1):44-48. <https://doi.org/10.5114/pm.2020.95337>.
4. Maksimova MYu, Sharov MN, Zaitsev AV, et al. Vulvodynia: a modern perspective on the problem. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2021;13(2):4-9. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2021-2-4-9>.
5. Bornstein J, Goldstein AT, Stockdale CK, Bergeron S, Pukall C, Zolnoun D, Coady D; consensus vulvar pain terminology committee of the International Society for the Study of Vulvovaginal Disease (ISSVD), the International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH), and the International Pelvic Pain Society (IPPS). 2015 ISSVD, ISSWSH and IPPS Consensus Terminology and Classification of Persistent Vulvar Pain and Vulvodynia. *Obstet Gynecol*. 2016;127(4):745-751. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001359>.
6. W.I. van der Meijden, M.J Boffa, B. ter Harmsel, G. Kirtschig, F. Lewis, G.-S. Tiplica, J. Sherrard. 2021 European guideline for the management of vulval conditions. 2022 European Academy of Dermatology and Venereology. <https://doi.org/10.1111/jdv.18102>.
7. Research Update E- Newsletter September-October-November 2024 www.nva.org Vulvodynia Clinical Evid, accessed on December 24, 2025, <https://www.nva.org/wp-content/uploads/2025/03/September-November-2024-Research-Update.pdf>.
8. Lev-Sagie A, Witkin SS. Recent advances in understanding provoked vestibulodynia. *F1000Res*. 2016;5:2581. <https://doi.org/10.12688/f1000research.9603.1>.
9. Awad-Igbaria Y, Dadon S, Shamir A, Livoff A, Shlapobersky M, Bornstein J, Palzur E. Characterization of Early Inflammatory Events Leading to Provoked Vulvodynia Development in Rats. *J Inflamm Res*. 2022;15:3901-3923 <https://doi.org/10.2147/JIR.S367193>.
10. Vestibulodynia: Causes, Symptoms & Treatment – Cleveland Clinic, accessed on December 24, 2025, <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/23514-vestibulodynia>.



11. Neuroproliferative Vestibulodynia – Prosayla, accessed on December 24, 2025, <https://www.prosayla.com/articles/neuroproliferative-vestibulodynia>.
12. David A Baker, Tatyana Peresleni, Kocis Christina Inflammatory. Markers in Vestibulodynia. *Annals of Infectious Disease and Epidemiology Research* 2016 /Volume 1 / Issue 1 / Article 1002 Published: 16 Sep, 2016.
13. Burrows LJ, Goldstein AT. The treatment of vestibulodynia with topical estradiol and testosterone. *Sex Med.* 2013;1(1):30-3. <https://doi.org/10.1002/sm2.4>.
14. Hormonally Mediated Vestibulodynia – Prosayla, accessed on December 24, 2025, <https://www.prosayla.com/articles/hormonally-mediated-vestibulodynia>.
15. Nimbi FM, Renzi A, Mesce M, Limoncin E, Galli F. Central sensitization symptoms in vulvodynia: exploring the role of temperament, personality traits, childhood adverse events, defense mechanisms, and mental pain on quality of life. *J Sex Med.* 2024;21(10):912-921. <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdae096>.
16. Torres-Cuenco, R.; Nohales-Alfonso, F. Vulvodynia—It Is Time to Accept a New Understanding from a Neurobiological Perspective. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 6639. <https://doi.org/10.3390/ijerph18126639>.
17. Diagnostic Algorithm – Vulvovaginal Disorders, accessed on December 24, 2025, <https://vulvovaginaldisorders.org/algorithm/>.
18. Leslie SW, Antolak S, Feloney MP, et al. Pudendal Neuralgia. [Updated 2024 Feb 12]. In: *StatPearls [Internet]*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562246/>.
19. Treatment of Vulvodynia: Pharmacological and Non-Pharmacological Approaches – HealthRCB, Natalie O. Rosen, Samantha J. Dawson, Melissa Brooks, Susan Kellogg Spadt. *Drugs* <https://doi.org/10.1007/s40265-019-01085-1>.
20. Johansson, E., & Danielsson, L. (2024). Women's experiences of physical therapy treatment for vulvodynia. *Physiotherapy Theory and Practice*, 40(10), 2274–2284. <https://doi.org/10.1080/09593985.2023.2233600>.
21. Rubal C, Pereira A, Sastre LC, Pérez-Cejuela BA, Gámiz SH, Chaves P, Medina TP. Managing Vulvodynia with Central Sensitization: Challenges and Strategies. *J Clin Med.* 2023;12(11):3851. <https://doi.org/10.3390/jcm12113851>.
22. Murina F, Radici G, Bianco V. Capsaicin and the treatment of vulvar vestibulitis syndrome: a valuable alternative? *MedGenMed.* 2004;6(4):48.
23. Ergisi M, Law A, Chaudhari N, Tsatsari S, Lawson K and Jenner C (2023) Effectiveness of topical gabapentin in the treatment of vulvodynia: a narrative synthesis. *Front. Pain Res.* 4:1159268. <https://doi.org/10.3389/fpain.2023.1159268>.
24. Brown CS, Wan J, Bachmann G, Rosen R. Self-management, amitriptyline, and amitriptyline plus triamcinolone in the management of vulvodynia. *J Womens Health (Larchmt).* 2009;18(2):163-9. <https://doi.org/10.1089/jwh.2007.0676>.
25. Brown CS, Bachmann GA, Wan J, Foster DC; Gabapentin (GABA) Study Group. Gabapentin for the Treatment of Vulvodynia: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol.* 2018;131(6):1000-1007.

<https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002617>.

26. Konac A, Yıldız M. *Botulinum Toxin for Refractory Vaginismus: A Therapeutic Evaluation of a Rare and Under-Researched Condition*. *JBRA Assist Reprod*. 2025;29(4):705-710. <https://doi.org/10.5935/1518-0557.20250051>.

27. Rawan Gari, Mohammad Alyafi, Rawan U. Gadi, Sarah U. Gadi, *Use of Botulinum Toxin (Botox®) in Cases of Refractory Pelvic Floor Muscle Dysfunction*, *Sexual Medicine Reviews*, Volume 10, Issue 1, January 2022, Pages 155–161, <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2021.04.003>.

28. Gao Z, Hu L, Yi C, Gao C. *Clinical impacts of botulinum toxin type A injections for provoked vestibulodynia: insights from randomized controlled trials*. *BMC Womens Health*. 2025;25(1):590. <https://doi.org/10.1186/s12905-025-04156-6>.

29. Joana LYRA, Joana LIMA-SILVA1, Pedro VIEIRA-BAPTISTA, Mario PRETI, Jacob BORNSTEIN. *Surgical treatment for provoked vulvodynia – Where do we stand? A narrative review*. *Pelvip erineology* 2021;40(3):120-127 <https://doi.org/10.34057/PPj.2021.40.02.2021-8-10>.

30. Alexiades MR. *Fractional Co2 Laser Treatment of the Vulva and Vagina and the Effect of Postmenopausal Duration on Efficacy*. *Lasers Surg Med*. 2021;53(2):185-198. <https://doi.org/10.1002/lsm.23247>.

31. *The Clinical Role of LASER for Vulvar and Vaginal Treatments in Gynecology and Female Urology: An ICS/ISSVD Best Practice Consensus Document*. Mario Preti, Pedro Vieira-Baptista et al., *J Low Genit Tract Dis* 2019;23: 151–160. <https://doi.org/10.1097/LGT.0000000000000462>.

32. Murina F, Recalcati D, Di Francesco S, Cetin I. *Effectiveness of Two Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS) Protocols in Women with Provoked Vestibulodynia: A Randomized Controlled Trial*. *Med Sci (Basel)*. 2023;11(3):48. <https://doi.org/10.3390/medsci11030048>.



Цистит? Не пугает! ЦИСТАЛИС помогает



Острый цистит

ЦИСТАЛИС Д ПЛЮС

БЫСТРО И НАДЕЖНО
УСТРАНЯЕТ ПРИЧИНЫ
И СИМПТОМЫ ОСТРОГО
ЦИСТИТА



СГР № RU.77.99.11.003.R.002165.07.22 от 05.07.2022

Рецидивирующий цистит

ЦИСТАЛИС

ОБЛЕГЧАЕТ СОСТОЯНИЕ
ПРИ ЦИСТИТЕ
И ПРЕДОТВРАЩАЕТ ЕГО
ОБОСТРЕНИЕ



СГР № RU.77.99.11.003.R.003067.08.21 от 16.08.2021

Посткоитальный цистит

ЦИСТАЛИС ГЕЛЬ

ЕДИНСТВЕННОЕ СРЕДСТВО МЕСТНОГО
ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ
ПОСТКОИТАЛЬНОГО ЦИСТИТА

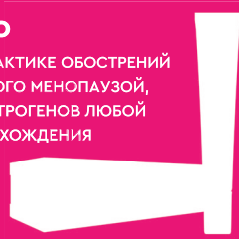


СГР № ВУ. 70.04.01.001.R.003214.12.22
от 30.12.2022

Цистит в менопаузе

ЦИСТАЛИС ЭСТРО

СПОСОБУЕТ ПРОФИЛАКТИКЕ ОБОСТРЕНИЙ
ЦИСТИТА, ОБУСЛОВЛЕННОГО МЕНОПАУЗОЙ,
А ТАКЖЕ ДЕФИЦИТОМ ЭСТРОГЕНОВ ЛЮБОЙ
ДРУГОЙ ПРИРОДЫ ПРОИСХОЖДЕНИЯ



СГР № ВУ. 70.04.01.001.R.001818.08.24
от 15.08.2024



+7 495 178 0823

info@shpharma.ru

shpharma.ru

НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

Для специалистов